Ein Fall

von

primärem Carcinom des Ductus choledochus.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der gesamten Medizin

verfasst und einer

Hohen medizinischen Fakultät

der

Kgl. bayer. Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Alfons Stiegele
approb. Arzt aus Ravensburg.

München, 1896.
Buchdruckerei Kastner & Lossen, Finkenstrasse 2.

Ein Fall

von

primärem Carcinom des Ductus choledochus.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der gesamten Medizin

verfasst und einer

Hohen medizinischen Fakultät

der

Kgl. bayer. Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Alfons Stiegele
approb. Arzt aus Ravensburg.

München, 1896.
Buchdruckerei Kastner & Lossen, Finkenstrasse 2.

Referent: Herr Professor Dr. Bauer.

Die primäre Carcinombildung schien lange Zeit auf wenige Organe beschränkt zu sein. Allmählich erweiterte sich der enge Kreis und es fanden sich primäre krebsige Erkrankungen von Organen, deren Tumoren vielfach nur die Bedeutung metastatischer Prozesse zugemessen worden war. Seit dem Jahre 1840 sind 27 Fälle von primärem Carcinom der Gallenwege bekannt geworden. In neuerer Zeit haben sich die Mitteilungen von klinischer und privatärztlicher Seite ziemlich rasch gemehrt, was wohl der in dieser Richtung verstärkten Aufmerksamkeit zu danken ist. Für den Pathologen bietet diese Art der Erkrankung hohes Interesse wegen des rapiden Verlaufes, der sich zur Carcinose anderer Organe in Gegensatz stellt, und damit in Verbindung wegen der Kleinheit des zum letalen Ausgang führenden Tumors. Dem Kliniker bietet die primäre Carcinose der Gallengänge hinsichtlich der Diagnostik grosse Schwierigkeiten. Unter den bis jetzt bekannten Fällen wurde eine genaue Diagnose noch nie gestellt und die Möglichkeit derselben wird von Schüppel geradezu verneint. Es sei mir gestattet, zur Darstellung eines vollständigen Krankheitsbildes die beschriebenen Fälle von primärem Carcinom der Gallenwege zusammenzustellen und ihnen einen auf der Klinik des Herrn Professor Bauer zur Beobachtung gekommenen Fall anzureihen. Die erste Erkrankung dieser Art beschreibt Durand-Fardel im Archiv de médecine (1840).

Gabriele D., Flickerin, trat im Jahre 1818 in die Salpétrière ein im Alter von 41 Jahren. Seit 28 Jahren ist sie leidend, klagt über Atembeschwerden, hie und da über Brustschmerzen. Sie besitzt eine gelbliche Hautfarbe, hat aber niemals eigentlichen Icterus gehabt. Am 31. I. 1838 tritt sie in die Infirmerie der Salpétrière ein wegen sehr schwerer Erscheinungen, die auf eine innere Einklemmung hindeuten. Starke Spannung und Anschwellung der rechten Seite des Abdomens, plötzlich aufgetretene heftige Schmerzen, Erbrechen, hartnäckige Verstopfung. Diese Erscheinungen verschwinden plötzlich; kein Icterus. Im März ausserordentlich starke Abmagerung, die Haut ist trocken, fahl, keine Schweisssekretion. Cirkulation langsam und schwach; Patientin lässt alles unter sich gehen; Tod ohne Agonie.

Autopsie. Im Gehirn und in der Brusthöhle nichts besonderes. Ausserordentlich starke Dilatation der Gallenwege; die Dilatation erstreckt sich bis auf die Verzweigungen des Ductus hepaticus in der Leber. Die Gallenblase ist angefüllt mit einer grossen Menge gelber Galle, in der einige gelbliche, sehr kleine weiche Bröckel von unregelmässiger Gestalt schwammen. Das duodenale Ende des Duct. choled. war verstopft durch einen pilzförmigen Krebs von der Grösse einer kleinen Nuss. Er bestand aus einer an der Oberfläche ziemlich weichen Masse von rötlicher Farbe, einem erweichten Scirrhus ähnlich, denn an seiner Basis fanden sich einige weisse Punkte von fester Konsistenz, welche unter dem Messer knirschten. Diese Masse war am ganzen Umfang des Kanales adhaerent, nahm ungefähr das untere Viertel desselben ein und drang sogar in den Teil hinein, welcher schief durch die Duodenalwand verläuft. Auf dem oberen Teil des Tumors fand sich, wie auf seinem Wege aufgehalten, ein kleines

Bröckel, welches demjenigen in der Gallenblase glich. Die Leber zeigte ausser der Dilatation nichts besonderes.

Krankheitsdauer circa 3 Monate.

Einen zweiten Fall beschreibt William Stokes in the Dublin Quaterly of medical science 1846, p. 505.

Mann, 68 Jahre alt, will niemals krank gewesen sein, verspürte während der Nacht heftiges Jucken, das sich am folgenden Tage besserte und in der zweiten Nacht sich wieder einstellte. Dr. Stokes fand nur rot gefärbtes Sediment im Harn, keinen Icterus, normale Stühle. Eine Woche später trat intensiver Icterus auf, nach 3 Wochen kam ein intermittierendes Fieber, das mit einigen Unterbrechungen bis zum Tode fortdauerte, es begann mit heftigen Frösten, mit starkem Hitzegefühl abwechselnd. Stühle waren entfärbt. Nach dem Gebrauche von Calom und Chinin trat Besserung ein, Urin wurde klar, Stuhl normal, das Fieber wich. Nach einem Monat jedoch kamen die Anfälle wieder, die sich zuerst immer auf begangene Diätfehler hin, später ohne eine solche Veranlassung und zwar immer häufiger einstellten. Nach einer nochmaligen mehrmonatlichen Besserung traten die Anfälle mit neuer Heftigkeit auf; der Kranke starb nach einjährigem Leiden im Coma.

Autopsie. Leber nicht vergrössert. Duct. coledoch. und Gallengänge im Innern der Leber erweitert. Die Oeffnung des Duct. choled. im Duodenum war umgeben von einem unregelmässigen Fungus. Die Gallenblase war ausgedehnt durch Galle, ihre Wandung dicker als normal. Das Hindernis für den Ausfluss der Galle war ein vollständiges gewesen. In den übrigen Organen findet sich nichts abnormes.

Die dritte Beobachtung stammt von van der Byl (Transactions of pathological Society, t. IX.).

J. S., Kunsttischler, 36 Jahre alt, erfreute sich immer

einer guten Gesundheit; am 1. Juni 1857 bekam er Erbrechen und Durchfall, nach 2—3 Wochen trat intensiver Icterus auf, ohne dass Gallensteine abgingen. Er klagte über dumpfe Schmerzen in der Lebergegend, Appetitlosigkeit, Durst und Mattigkeit. Puls schwach, Stühle entfärbt, Urin gallig. Leber ist stark vergrössert, druckempfindlich. Nach 2 Wochen war der Befund der gleiche, nur die Leber war kleiner geworden, allmählich schwindet auch ihre Schmerzhaftigkeit. Die Gallenblase war fühlbar und hatte die Grösse einer kleinen Birne. Nach einem Monat relativer Besserung traten die oben beschriebenen Symptome wider heftig auf. Die Leberdämpfung erstreckte sich fast bis zum Nabel. 14 Tage später konnte man mittels Perkussion einen Tumor abgrenzen, der in der Regio iliaca dextra gelegen mit der Leber im Zusammenhang war, und auf Druck den Patienten heftige Schmerzen empfinden liess. Der Kranke wurde immer schwächer und starb nach 6monatlicher Krankheit.

Autopsie. Icterischer Körper, r. Lunge mit alten Adhäsionen, l. Pleurahöhle enthält 150 ccm, Pericard 15 ccm Serum. Gallenblase 21 ccm lang. Duct. choled. stark dilatiert; Schnittfläche der Leber zeigt eine olivengrüne Farbe. Die Blase ist stark ausgedehnt und zeigt eine farblose, schmutzige Flüssigkeit, welche alkalisch reagiert und unter dem Mikroskop zahlreiche grosse Zellen mit 2 oder 4 Kernen mit Kernkörperchen und Massen von Pflasterepithelien aufweist. Die Innenfläche der Blase, welche ihr normales Aussehen verloren hat, zeigt eine höckrige Fläche mit rötlichen Granula. Der Duct. cyst. ist dilatiert; der Duct. choledoch. ist verstopft, doch kann eine Sonde das Hindernis passieren; an der Innenfläche des Kanals findet sich ein Medullarkrebs, der sich von der Mündung nach oben in einer Länge von 6 cm erstreckt; aus dem durchschnittenen Tumor quillt ein

schleimig-zäher Saft, der eine grosse Anzahl von Zellen mit Kernen, freien Kernkörperchen und spindelförmigen Zellen zeigt. Der Kopf des Pankreas ist von einer orangegrossen Geschwulst eingenommen, die Schnittfläche zeigt das Aussehen des Medullarkrebses mit reichlichem, milchigem Saft mit analogem mikroskopischen Befund wie oben. Dieser Tumor komprimierte den Duct. choled., ohne jedoch seine Wand zu perforieren.

Ein vierter Fall findet sich in der Berliner klin. Wochenschrift Nr. 34 (1864) und wurde von Rosenstein veröffentlicht unter dem Titel „Icterus durch Cancroid."

Ein Mann (Alter?) erkrankte unter den Erscheinungen eines Gastroduodenalkatarrhs. Fieber, blutige Stuhlentleerung und Zeichen des Lungenödems beendeten nach viermonatlichem Leiden das Leben.

Autopsie. An der Mündungsstelle des Duct. choled. in das Duodenum findet sich eine etwa kirschengrosse Anschwellung, welche mit der unveränderten Schleimhaut des Duodenum überzogen ist. Duct. choled. ist dilatiert; während des Verlaufs durch den Tumor ist der Kanal etwas gewunden, das Lumen sehr eng, eine besondere Wand nicht zu erkennen, die Fläche ist leicht gewulstet, weisslich, und auf Druck entleert sich aus ihr, wie aus der Schnittfläche der Geschwulst weisslicher Saft. Nach der mikroskopischen Untersuchung stellte sich der Tumor als Cancroid mit cylindrischen Zellen dar.

Ueber einen weiteren Fall berichtet Schreiber in der Berliner klin. Wochenschrift Nr. 31, 1877. Derselbe kam auf der Königsberger Klinik von Naunyn zur Beobachtung.

Eine 62 Jahre alte Frau erkrankte an stetig zunehmendem Icterus ohne sonstige nennenswerte Beschwerden. Dabei traten lästiges Hautjucken, Braunfärbung des Urins, Schwellen des Leibes und Abnahme der Körperkräfte auf. Im Spital hob

sich das Allgemeinbefinden etwas. Die Dauer der Krankheit betrug etwa 7 Monate. Der Tod trat infolge einer Pneumonie des linken Unterlappens ein.

Autopsie. Der Duct. choledoch. ist vollständig frei, zeigt keine Erweiterung. An der Teilungsstelle des Duct. hepat. und cyst. ragt in das Lumen des ersteren ein kirschengrosser Tumor von mässiger Resistenz hinein. Derselbe stellt sich als eine ziemlich circumscripte Infiltration der Wand des Ductus hepat. dar, ein für eine sehr feine Sonde passierbares Lumen zwischen sich lassend. Die Schleimhaut scheint stellenweise exulceriert. Diese Infiltration geht bis zur Teilungsstelle des Duct. hepat. $1^1/_2$ cm weiter und pflanzt sich in der gleichen Ausdehnung auf den Ramus sinister fort, um dort mit einem wallartig aufgeworfenen Rande zu enden. Der rechte Ast des Duct. hepat. bleibt frei. In das Leberparenchym ging die Infiltration als ein etwas über haselnussgrosser Tumor über. Die mikroskopische Untersuchung desselben ergab in derbem, fibrillärem Stroma gelegene Nester und schlauchartige Gänge von epithelartig an einander gelagerten kubischen bis cylindrischen Zellen. Die Abgrenzung dieser Zellen gegen das umgebende Gewebe war eine durchaus scharfe und es fand in keiner Weise ein Hineinziehen der Gewebszüge in die erwähnten Zellnester statt. Die Zellen lagen ohne Zwischensubstanz aneinander und waren icterisch verfärbt.

Im Jahresbericht von Birch-Hirschfeld 1878 II p. 208 findet sich ein Referat über einen von Koresynsky beobachteten Fall.

Es handelt sich um einen 69jährigen seit 2 Jahren mit Lungenschwindsucht behafteten sehr herabgekommenen Mann. Patient klagt über allgemeine Schwäche, vollständigen Appetitmangel und Husten mit mucös purulentem Auswurf. Vor

5 Wochen soll sich Gelbsucht eingestellt haben, welche von Tag zu Tag zunahm. Die Untersuchung ergab das Vorhandensein von beiderseitiger Phthis. pulmon. im Stadium der Cavernenbildung. Haut icterisch, Leber bedeutend vergrössert, in der Axillarlinie 4, in der Mamillarlinie 5 cm unter dem Rippenbogen palpierbar, in der Medianlinie 2 cm unter den Nabel reichend. Faeces entfärbt, oft diarrhöisch. Patient verschied 3 Wochen nach Aufnahme unter Symptomen von Cholämie. Krankheitsdauer circa 2 Monate. Autopsie. Leber ziemlich bedeutend vergrössert von unebener fein granulierter Oberfläche. Die Granula sind icterisch verfärbt und von weissem Bindegewebe umgeben. Gallengänge auf der Schnittfläche beträchtlich dilatiert. Bindegewebe hypertrophisch. Die in der Nähe des Duct. hepat. befindlichen Gallengänge sind so bedeutend erweitert, dass die Leber an diesen Stellen gleichsam ein cavernöses schwammartiges Gewebe darstellt. Die Wandungen des Anfangsteiles des Duct. hepat. bis zu 2 mm im Querschnitt verdickt. Etwa 2 cm nach unten sitzt auf der inneren Wand des Duct. hepat. eine 4 mm im Durchmesser betragende Geschwulst, bestehend aus gleichartigem Gewebe. Der unterste Teil des Duct. hepat. bis zu 2 cm dilatiert. Die mikroskopische Untersuchung wies die carcinomatöse Natur des Tumors nach.

Einen siebenten Fall erwähnt Schüppel in seinen „Krankheiten der Gallenwege.“ (Handbuch der spez. Pathol. und Therap. von Ziemssen 1878, VIII. I. S. 71. Ein etwa 60jährig. Mann, der Monate lang an intensivem Icterus gelitten hatte, starb unter schnell zunehmender Abmagerung schliesslich an Erschöpfung. Die Leber war vergrössert, derb, schwach granuliert, von olivengrüner Farbe, sämtliche Gallengänge innerhalb der Leber stark erweitert und, mit Eiter von schwach galliger Färbung erfüllt. Der Duct. hepat. war an seiner

Bifurcation auf eine 2 cm lange Strecke von einer festen, scirrhoesen Neubildung eingenommen; das Lumen erschien als ein enger für die Sonde nur mühsam durchgängiger Spalt von unregelmässig eckiger Gestalt. Die Wand des Ganges ist durch das krebsige Infiltrat, welches seine ganze Circumferenz gleichzeitig einnimmt, in eine circa 3 mm dicke starre Gewebslage umgebildet, an welcher man auf dem Durchschnitt die einzelnen Schichten der Wandung nicht mehr unterscheiden kann. Der Krebs erstreckt sich in die Tiefe bis zur Zellgewebescheide des Ganges und erscheint hier ziemlich deutlich begrenzt. Die Innenfläche des Kanales ist im Bereiche des Krebses uneben höckrig, mit flachen warzigen Excrescenzen besetzt, doch sieht man nirgends auch nur die Anfänge von Geschwürsbildung.

Die mikroskopische Untersuchung liess in diesem Falle keinen Zweifel darüber aufkommen, dass der Krebs von den Epithelien der Gallengangdrüsen ausgegangen war. Die Krebszellen waren an den meisten Stellen auch in den tiefern Schichten in der schleinigen Metamorphose begriffen, viele Alveolen enthielten nur glasigschleimige Massen, nebst einigen degenerierten Zellen. Die Neubildung kann demnach füglich als primärer Gallertkrebs bezeichnet werden.

Mitteilungen über einen 8. Fall stammen von den französischen Aerzten Barth und Marfan. (Progès médical 1886 S. 26). Ein 67 Jahre alter Mann kommt wegen hochgradigen Icterus und Hautjuckens ins Spital. Appetitverlust, Stühle lehmfarben, Urin dunkelrot. Bei der Untersuchung erzeugte Druck auf die Leber dumpfen Schmerz. Im rechten Hypochondrium fühlte man einen undeutlich begrenzten Tumor, der vom Leberrande einige cm entfernt war. Es war dies, wie die Sektion nachher ergab, die vergrösserte Gallenblase. Starkes Atherom der Gefässe. Im Harn kein Eiweiss. Tem-

peratur und Puls normal. Die Diagnose wurde gestellt: Verschluss der Gallenwege durch einen Krebs, indem man den im rechten Hypochondrium gefundenen Tumor für eine Neubildung ansah. Andauer der Krankheit vom Eintritt des Icterus bis zum Exitus letalis 2 Monate. Am Tage vor dem Exitus trat noch blutiggefärbter Stuhl auf.

Autopsie. Die Oeffnungen des Duct. hepat. und pancreat. waren im Diverticul. Vateri durch eine papillomatöse Masse von der Grösse des Nagelgliedes des kleinen Fingers bedeckt. Die Sonde lässt sich in die beiden erweiterten Kanäle einschieben; versucht man, dieselbe von oben her durch den Duct. choled. in das Duoden. einzuschieben, so gelingt dies nicht. Gallengänge mit ihren Verzweigungen nebst Gallenblase stark dilatiert. Die histologische Untersuchung des Tumors ergab, dass die Neubildung ein tubulöses Epitheliom war.

Einen neunten Fall beschreibt J. Kraus in seiner Arbeit: Ein Fall von primärem Krebs des Duct. choled. in Folge eines in letztern eingekeilten Gallensteines. (Prager med. Wochenschrift Nr. 49, 1884).

Ein Mann, 49 Jahre alt, war seit 15 Jahren mehr oder weniger magenleidend. Dabei hatte er schon Gallensteinkoliken gehabt, jedoch ohne ausgesprochenen Icterus zu bekommen. Vor 3 Monaten nun traten heftige Koliken auf mit Erbrechen, Diarrhoe und Icterus.

Status vom 17. Juli. Starke Abmagerung des Körpers mit intensiv icterischer Verfärbung der Haut. Heftiges Hautjucken mit Schmerzen in der Leber- und Magengegend, die in die rechte Schulter ausstrahlen. Appetitlosigkeit verbunden mit Brechneigung. Herztöne schwach, aber rein, Lungen normal. Abdomen mässig aufgetrieben, auf Druck schmerzhaft. Leber nicht vergrössert, Harn gallenfarbstoff- und säurehaltig zeigt Spuren von Zucker. Gallenblase als kleiner,

sehr schmerzhafter Tumor zu fühlen. Puls 80. Temperat. 37,8. In den folgenden Nächten traten Schüttelfröste auf, die Schwäche nahm rapid zu, Nasenbluten und blutiggefärbte, dünnflüssige Stühle traten auf. Tod im Coma. Dauer der Krankheit circa 5 Monate.

Autopsie. Zwischen Leber und Duodenum, dem Ligament. hepato-duodenale entsprechend fand sich eine längliche harte scirrhoese Geschwulst 8 cm lang und 4 cm im Durchmesser. Ein durch den Tumor geführter Schnitt teilte einen eingekapselten Gallenstein in 2 Hälften. Der Stein sass in einer Höhle, die dem duct. chol. angehörte, von welch letzterem zu beiden Seiten der Höhle noch die Rudimente zu erkennen waren. In der Leber fanden sich zahlreiche metastatische Krebsknoten von Erbsen- bis etwas über Haselnussgrösse. Die Gallengänge waren erweitert und strotzend gefüllt mit einer weissen, eiterähnlichen Flüssigkeit; eine ähnliche Flüssigkeit, und zwar circa 30 g. waren in der Gallenblase enthalten, deren Innenwand einen ausgesprochenen Perlmutterglanz hatte. Weiters enthielt die Gallenblase noch 19 Gallensteine von denen 2 ziemlich haselnussgross, die andern kleiner waren. In den andern Organen keine krebsigen Ablagerungen.

Ueber Fall 10 und 11 giebt Birch-Hirschfeld in seinem Lehrbuch der path. Anatomie 1885 II, p. 643 folgendes an.

In zwei vom Verfasser untersuchten Fällen von primärem Krebs des duct. choled., von denen der eine in Form einer weichen Geschwulst mit zottiger Oberfläche bei einem 49jähr. Manne sich im untersten Teil dieses Ganges entwickelt hatte, während der andere weiter oben seinen Sitz hatte, konnten als wahrscheinliche Ausgangspunkte der Neubildung, deren mikroskopische Untersuchung aus Cylinderepithel bestehende Krebskörper zum Teil noch in tubulöser Anordnung nachwies, die Gallengangdrüsen angesprochen werden.

Howald beschreibt in seiner I.-D. (Das primäre Carcinom des Duct. hepat. und choled.) folgenden Fall.

Ein 71 Jahre alter Landarbeiter trat am 20. Sept. 1888 in die Klinik des Professors Sahli in Bern ein wegen Gelbfärbung des ganzen Körpers und Schmerzen in den Hüften und Schultern. Dieser Zustand bestehe seit 5 Monaten. Dabei magerte Patient stark ab, Stuhl entfärbt, Urin dunkel. Die Schmerzen verschwanden, während die Abmagerung fortschritt und noch Oedem der unteren Extremitäten auftrat. Patient hustet viel, Sputum gelbgrünlich. L. H. O. einige Rasselgeräusche hörbar. Herz nach links dilatiert, systol. Geräusch. Abdomen etwas aufgetrieben, nicht druckempfindlich, Leber nicht vergrössert. Urin enthält wenig Eiweiss mit einigen hyalinen Cylindern. Immer wachsender Kräfteverfall, Erscheinungen einer Cystitis treten auf, auf den Lungen ergibt sich L. H. U. eine leichte Dämpfung, Exitus letalis. Dauer der Krankheit circa 8 Monate.

Autopsie. Im Duodenum findet sich braungrüner Inhalt. Beim Streifen über den Duct. choled. kommt aus der Mündung desselben eine weissliche trübe Flüssigkeit zum Vorschein, die, wie die mikroskopische Untersuchung zeigt, nur Cylinderepithel enthält. Duct. choledoch. für eine Sonde durchgängig. Der Duct. hepat. lässt sich vom Duct. chol. aus bis in die porta aufschneiden. Hier findet die Sonde Widerstand an einem haselnusskerngrossen Tumor, der den Gang vollständig verstopft. Derselbe sitzt gerade an der Teilungsstelle. Die mikroskopische Untersuchung zeigte, dass es sich um einen Cylinderepithelkrebs handelte.

Der 13. Fall stammt aus der Münchner medizinischen Klinik und ist von Diekmann in einer I.-D. behandelt worden. Bemerkenswert aus der Anamnese des 66jährigen Joh. Schneider ist, dass er in den letzten 18 Jahren täglich

2 grosse Hunde zu füttern hatte. Er kam mit Klagen über gelbe Hautfarbe, Hautjucken, Auftreibung und Druckempfindlichkeit des Leibes im rechten Hypochondr. in das Krankenhaus. Am rechten Leberrand ragt eine Geschwulst, welche sich als teigig, fluctuierend, ziemlich glatt, kugelig und empfindlich erweist, ziemlich weit in das Hypogastrium herab. Milz mässig vergrössert. Harn dunkelbraungelb. Der Inhalt einer Probepunktion zeigte sich als dickflüssig, chocoladefarbig, nach Blut riechend. Unter dem Mikroskop waren hauptsächlich Leucocyten, rote Blutkörperchen und Haematoidinkrystalle, keine charakteristischen Echinococcusbestandteile zu erkennen. Es lautete die Diagnose: Echinococcus hepat. Eine $3^1/_2$ Wochen nachher wiederholte Probepunktion ergab wiederum keine spezifischen Echinococcuselemente. Nach 2 monatlichem Aufenthalt im Krankenhaus trat der Exitus unter Erscheinungen eines rechtsseitigen Lungenödems ein.

Autopsie. Leichendiagnose: Carcinom und Strictur des Duct. chol. an der Mündungsstelle des Duct. choled. Allgemeiner Icterus. Hämorrhagische Retentionscyste der Gallenblase. Hypertrophische Lebercirrhose, Milztumor. Leichter Ascites. Anasarca der untern Extremität. Oedem der rechten Lunge. Rechtsseitiger Hydrothorax. Hypertrophia et adipositas cordis et renum. Der histologische Befund war: scirrhoeses Adeno-Carcinom.

Ueber Fall 14 und 15 waren mir leider nähere Literaturangaben nicht zugänglich. Der eine Bericht stammt von Hey (Fall of primär kanceri gallgängarna Hygiea 1880. Sv. läksällsk Förhde. p. 190). Die andere casuistische Mitteilung macht Reboul. Er berichtet in den Bull. de la Société anatom. de Paris über einen Fall von Lebercirrhose mit Carcinom der Gallenwege.

Niemeyer beschreibt in einer I.-D. einen Fall, den er

als Paradigma bezeichnet. Ein 57jähriger Mann erkrankte an Icterus, Hautjucken und profusen Diarrhöen. Zeitweilige leichte Schmerzhaftigkeit der Magengegend. Bei der Untersuchung zeigt sich die Lebergegend etwas vorgewölbt. Der untere Rand der Leber steht rechts 3 Finger unter dem Nabel, fühlt sich hart an und ist druckempfindlich. Diagnose auf Icterus catarrhal. mit Verdacht auf Carcinoma hepat. Icterus nimmt zu, Stühle vollständig entfärbt, Patient wird benommen, die früher unmerklich gefühlte Resistenz wird deutlich, linker Leberlappen frei. Jetzige Diagnose: Carcinoma cyst. felleae (et hepat.?) Die Hautfärbung wird schwarzgelb, Urin zeigt Spuren von Eiweiss, Milz palpabel, Lymphdrüsen in der Inguinalgegend vergrössert. Es folgt mehrmaliges blutiges Erbrechen, der früher resistente Tumor ist jetzt undeutlich zu palpieren, die ganze Leber- und Gallenblasengegend bietet eine schwammige Resistenz dar. Unter zunehmendem Coma und Kollaps tritt nach 5 monatlicher Krankheitsdauer der exit. letal. ein.

Autopsie. Gallenblase prall gefühlt, ragt mit der Spitze 7 cm über den Leberrand hervor. Ductus cyst. und hepat. durch eine ringförmige Geschwulstmasse fest eingeschnürt. Gallengänge dilatiert. r. Niere vergrössert, Kapsel nur mit Substanzverlust abziehbar. Parenchym oberflächlich granuliert, mit einzelnen Cysten klaren Inhalts besetzt. Carcinom an der Vereinigungsstelle des duct. cyst. und hepat. Nephrit. interstitial. diff. chronica.

Ueber einen 17. Fall berichtet Brunswig.

Die ersten Erscheinungen der Krankheit zeigen sich bei der 47jährigen Patientin in regelmässigen Schmerzen nach dem Essen, die auch bei längerem Umhergehen auftraten und beim Niederlegen cessierten. Gleichzeitig erschien Icterus. Unter steter Zunahme der Symptome spürte Patientin eine

Auftreibung des Leibes neben starker Abmagerung und Appetitverlust. Bei der Untersuchung fand sich das Abdomen kugelartig vorgewölbt; Fluctuation ist leicht nachweisbar, Milz vergrössert, Urin gallenfarbstoffhaltig, Eiweis nachweisbar. Nach einigen Tagen hatte der Icterus zugenommen, unter der Haut waren im Abdomen harte Knollen zu fühlen; Leber vergrössert und verlängert. Diagnose: Neoplasma des Netzes mit primärem Ausgang von Magen oder Leber. Patientin hustet viel, Sputum blutig verfärbt, R. H. U. und L. H. U. deutliche Dämpfung, Bronchialatmen. Exit. letal.

Autopsie. Krebs der Gallengänge und Gallenblase auf die Leber übergreifend, starke Erweiterung schleimgefüllter Gallengänge, ausgedehnter Krebs des Peritoneums, starke Vergrösserung des linken Leberlappens, Thrombose von Pfortaderästen, Krebsknötchen der rechten Lungenbasis, Magennarbe mit kleinen Substanzverlusten, Pneumonie und Pleuritits links.

Ueber Fall 18, 19 und 20 referiert Gerhard Schmitt in einer I.-D.

1) Der 78 Jahre alte Tagelöhner J. Sch. war bis in sein hohes Alter gesund. Seit einigen Wochen fühlte er sich matt, appetitlos und leidet an Verstopfung. Urin rötlich gefärbt, rechte Bauchgegend druckempfindlich. Bei der Untersuchung findet sich intensiver Icterus, der Unterleib ist ziemlich stark aufgetrieben, man fühlt eine vermehrte Resistenz, die in der Mittellinie bis 2 Querfinger oberhalb des Nabels, in der Papillarlinie 3 Querfinger unter den Rippenbogen reicht und mit scharfem Rand endet. Im Epigastrium eine stärker pominente, kleine Stelle, die allmählich in die Umgebung übergeht. Stuhl entfärbt. Urin braun. Oedem der Bauchdecken, Leberschwellung nehmen zu, Unebenheiten im Epigastrium werden deutlicher. Gegend der

Gallenblase konstant schmerzhaft, Blase nicht fühlbar. Nach Ablauf von 3 Wochen jedoch ist in der Gegend der Gallenblase ein deutlicher, halbhühnereigrosser, auf Druck sehr schmerzhafter Tumor zu fühlen. Stark zunehmender Collaps, exit. letal.

Autopsie. Flaches Cylinderepithelcarcinom der Mündungsstelle des Duct. choled., diese in Form einer dünnen Platte verschliessend. Starke Dilatation aller Gallengänge bis in die Leber hinein. Hydrops der Gallenblase. Dünne, trübe Galle in den übrigen Gallengängen. Leberabscesse, allgemeiner Icterus. Ascites.

Dauer circa 3 Monate.

2) Mann mit 64 Jahren bemerkte das Auftreten von Icterus ohne sonstige Beschwerden. Appetit gering, vermehrter Durst, Stuhl entfärbt, Urin rot. Bei der Untersuchung ist unter dem rechten Rippenbogen ein Tumor von nicht ganz glatter Oberfläche fühlbar; derselbe endigt mit scharfem Rande und zeigt respiratorische Verschiebung. Urin eiweissfrei. Patient magert sehr ab, Unterleib stark aufgetrieben, Patient klagt über Schmerzen im Epigastrium, Atemnot. Exit. letal. nach circa 3monatl. Krankheitsdauer.

Autopsie. Zottiges Carcinom des Ductus choledoch. an seinem peripheren Ende. Starke Dilatation der Gallenwege; starker Icterus der Leber, der Haut und sämtlicher Organe. Narbige Zerstörung der Papilla duodenalis mit Narben der Innenfläche des Ductus choledochus.

Ueber den 3. Fall, wobei es sich um einen 61jährigen Mann handelt, vermag Verfasser nur anzugeben, dass der Patient 12 Wochen an Icterus gelitten habe. Es handelte sich um ein Cylinderepithelcarcinom des Ductus hepaticus.

In der Revue Médicale de l'Est 1887 referiert Bernheim über 2 Krankheitsfälle.

Patient 49 Jahre alt, ist seit Juni 1886 krank. Die Krankheit begann mit Icterus und Appetitlosigkeit. Die Stühle waren von Anfang an farblos. Patient litt auch an Leibschmerzen, magerte stark ab und musste seine Arbeit aufgeben. Die Leber ist nicht vergrössert; am 4. Dezember wurde leichter Ascites konstatiert. Mitte Dezember ragte die Leber bis zum Nabel und ist empfindlich, aber glatt. Patient starb am 25. Dezember im Coma. Krankheitsdauer 7 Monate.

Autopsie ergab eine stark vergrösserte Leber; sie ist hart, gelb und von stark erweiterten Gallengängen durchzogen. In der Porta befindet sich ein kastaniengrosser Tumor, der den Duct. cyst. und choled. umgibt. Die Gallenblase ist klein und enthält einen dicken, grünlich-weissen Schleim. Oberhalb des Tumors ist der Duct. hepat. bis auf 3 cm erweitert. Die Bauchhöhle ist stark gefüllt mit geronnenem Blut.

Ein weiterer Fall betrifft eine 66jährige Frau, welche früher an Leibschmerzen gelitten hatte, die in die Schulter ausstrahlten. Seit 2 Jahren hat sie Verdauungsstörungen und kommt ins Krankenhaus mit einem Icterus, den sie erst seit kurzer Zeit bemerkt. Die Stühle sind entfärbt. Leber vergrössert. Täglich treten jetzt Fieberfröste auf. Bisweilen waren die Stühle gefärbt. Patientin collabiert zusehends. Icterus wird stärker, Puls schneller, Delirien treten nachts auf, Erbrechen und Durchfall gesellen sich hinzu. Exit. letal.

Autopsie liess einen primären Krebs der Gallengänge erkennen; die Wand des Duct. hepat. war von einem Scirrhus durchwuchert und geschwollen, die Gallenblase war atrophisch und die Gallengänge bedeutend erweitert vor der Stenose. Endlich fand sich ein grosses hämorrhag. Exsudat im Herzbeutel.

Fall 23 und 24 stammen aus der I.-D. von Hesper.

In dem ersten Fall handelt es sich um einen 43jährigen

Mann, der anfangs Dez. 1891 an Magenbeschwerden erkrankte. Aerztliche Anordnungen erleichterten seinen Zustand rasch, sodass er die Arbeit wieder aufnehmen konnte. Es trat aber jetzt Icterus auf, der immer intensiver wurde und von dem heftigsten Hautjucken begleitet war. Bei der Untersuchung fällt namentlich die Vergrösserung der Leberdämpfung nach unten auf, die rechts fast bis an die Beckenschaufel reicht. Rand ist scharf, Oberfläche glatt. Der Druck ist sehr schmerzhaft und macht sogar die Last der Bettdecke unerträglich. Ein Gallenblasentumor ist nicht zu fühlen. Milz nicht vergrössert. Wegen drohender Cholämie wurde operativ eingegriffen und eine Gallenblasenfistel angelegt; in der dritten Woche nach der Operation starb Patient im Coma.

Autopsie. Leber wenig vergrössert, Gallengänge stark dilatiert, besonders durch Duct. chol., der an seiner Mündung in das Duodenum vollständig undurchgängig ist. Hier findet sich ein Tumor von der Grösse einer Fingerkuppe, derber Consistenz und weisslicher Farbe. Seine Länge beträgt etwas über 1 cm. Die mikroskopische Untersuchung ergab ein scirrhöses Adenocarcinom. Dauer 4 Monate.

Der zweite Fall betrifft einen 29 Jahre alten Mann. Seine Erkrankung begann mit Magenbeschwerden; allmählich trat Icterus mit heftigen Leibschmerzen auf. Die zunehmende Schwäche führte ihn ins Krankenhaus. Bei der Untersuchung zeigt sich der Urin gallenfarbstoffhaltig mit wenig Eiweiss, Stühle lehmfarben, untere Lebergrenze 3 cm unter dem Rippenbogen. In der Gallenblasengegend deutliche Resistenz fühlbar. Milz nicht vergrössert. Kein Ascites. Schwäche nimmt von Tag zu Tag zu. Durch einen operativen Eingriff wurde die Gallenblase in der Wunde fixiert und incidiert. In den nächsten Tagen erfolgt aus der Operationswunde eine starke parenchymatöse Blutung, unter raschem Collaps tritt der Exitus ein.

Autopsie. Im Herzbeutel circa 30 ccm icterisch gefärbter Flüssigkeit. Muskulatur dunkelbraun und schlaff, im Abdomen circa 1 l bräunlicher Flüssigkeit. Die innere Wand der Gallenblase ist leicht entzündet. In der Porta hepat. fühlt man einen daumendicken, derben Strang an Stelle des Duct. hepat. Der Duct. hepat. lässt sich vom Duct. choled. aus bis in die Porta aufschneiden. Daselbst findet die Sonde an einem Tumor, der den Gang vollständig verstopft, Widerstand. Derselbe ist von mittlerer Konsistenz, an manchen Stellen erweicht, enthält milchigen Saft und sitzt gerade an der Teilungsstelle. Mikroskopisch stellt er sich als ein Scirrhus dar. Im oberen Teile des Duodenums fand sich noch ein oberflächliches markstückgrosses, rundes Geschwür.

Krankheitsdauer circa 7 Monate.

In der Münchener Med. Wochenschrift 1892 Nr. 33 beschreibt Dr. Ferdinand May einen Fall. Es handelt sich um einen 67jährigen Mann, dessen Beschwerden sich als Stauungserscheinungen darstellten. Er klagt über Husten, Katarrh, Asthmaanfälle, die namentlich des Nachts auftreten. Bei der Untersuchung ergab der Befund Myodegeneratio et dilatatio cordis, Stauungskatarrh der Bronchien, Stauungsleber (nirgends Druckempfindlichkeit, keine Milzschwellung). Dieses im Mai 1890 auftretende Unwohlsein besserte sich kurze Zeit auf geeignete Behandlung. Ende Januar 1891 kam eine plötzliche Aenderung mit Appetitlosigkeit, Abmagerung und Kräfteverfall, es tritt eine fühlbare Leberschwellung auf, ebenso intensiver Icterus, Frostanfälle treten hinzu. Faeces sind lehmfarben, Urin dunkelbraun. Es traten jetzt auch manchmal abends Frostanfälle auf. Mitte April 1891 wird Patient bettlägerig, magert immer mehr ab. Dabei bestand Icterus im höchsten Grade weiter mit starker Leberschwellung. Zugleich traten sehr bedeutende Schweiss-

ausbrüche auf. Dieser Zustand dauerte den ganzen Sommer 1891. Erst im Herbst traten mässige Oedeme der Unterschenkel auf und ebenso Dämpfungsbezirke auf beiden Lungen. In den nächsten Wochen immer zunehmender Kräfteverfall mit Oedemen und Ascites; Somnolenz, Cheyne-Stokes'schen Atemphänomen stellt sich ein. Exitus letal. am 7. Februar 1891.

Autopsie. Carcinom des Lebergallenganges an der Mündungsstelle in den Dünndarm, Verschluss desselben, starke Erweiterung der grossen Gallengänge mit Anhäufung von Gallensteinen in denselben, nekrotisierende und ulceröse Entzündung der Gallenblase mit Durchbruch in die Bauchhöhle; eitrige Peritonitis. Myodegeneratio.

Fall 26 ist von Dr. Detjeen im Archiv für klinische Medizin (Festschrift für Zenker) 1895 beschrieben. Ein 62 Jahre alter Mann wird am 29. August 1882 in das Krankenhaus aufgenommen. Vor 9 Wochen habe er zunehmende Gelbfärbung der Haut bemerkt, er klagt seit dieser Zeit über unerträgliches Jucken. Verstopfung und Magenbeschwerden fehlen. Bei der Untersuchung zeigt sich Herz und Lunge normal, Abdomen weich, schlaff, nicht druckempfindlich, kein Tumor fühlbar, geringer Ascites ist nachzuweisen, Leber fühlbar, nicht höckerig. Urin enthält Gallenfarbstoff, kein Eiweiss, Stuhl lehmfarben. Stetige Abnahme der Kräfte trotz roborierender Diät. In den letzten Tagen Blut im Erbrochenen und Stuhl. Exitus letal. nach circa 6monatlicher Krankheitsdauer.

Autopsie. Am Duct. choledoch. findet sich vor der Ausmündungspapille eine eigentümliche Induration. Katarrh der Gänge des Duct. pancreatic. Eigentümliche Usuren des Schädeldachs, capillare Blutungen der Hirnhäute, Atrophie des Gehirns, chron. Hydrocephalus, Residuen von Pleuritis, biliöser Hydrops der serösen Höhlen, starkes linksseitiges

Lungenemphysem, geringes Oedem der rechten Lunge, braune Atrophie und Schlaffheit des Herzens, geringe chron. Endarteriitis, Ectasie der Gallenblase und Gallenwege in der Leber, Milzschwellung, Schrumpfung der Nieren und Cysten. Blutiger Inhalt des Magens, des Dünn- und besonders des Dickdarms, chron. Gastritis, im Dickdarm capillare Blutung der Follikel. Die Papilla duod. ragt ringförmig hervor und fühlt sich sehr derb an; mikroskopischer Befund weist auf ein beginnendes Carcinom des Duct. choled. hin.

Anschliessend an den eben beschriebenen Fall berichtet Detjeen über einen von Fränkel veröffentlichten Fall; genaue Details waren mir wegen unrichtiger Litteraturangaben nicht erhältlich.

Neben Icterus traten noch Frost und Fieber auf, in der Gegend der Gallenblase war ein apfelgrosser Tumor fühlbar. Bei der Operation fand man die Gallenblase bedeutend dilatiert, nach dem Duct. cystic. hin endete sie blindsackartig. In der Gegend des Hilus lag eine zweite Geschwulst, welche den Eindruck eines ektasierten Gallenganges machte und sich dann als dilatierter Duct. choled. erwies. Derselbe war gefüllt mit Eiter. Nach der Entleerung desselben wurde nach dem Darm hin sondiert, ohne dass Gallensteine entdeckt wurden. Nach dem bald darauf erfolgten Tode fand man bei der Sektion ein kleines, kaum mehr als markstückgrosses Carcinom, welches circumscript an der Ausmündungsstelle des Duct. choled. in das Duodenum, d. h. in der Umgebung der Papilla Vateri gelegen war. Die Art des Sitzes bedingte den raschen Zerfall.

Die folgenden klinischen Angaben gründen sich auf die mir von Herrn Professor Dr. Bauer gütigst überlassene Krankengeschichte.

Anamnese 24. II. 95.

Babette Reichl, 36 Jahre alt, Schuhmachersfrau, gibt an, vor 3 Jahren sei 12 Wochen nach einer Frühgeburt Gelbsucht aufgetreten und sie habe schmerzhafte, knollenartige Knoten rechts oben im Leibe gefühlt. Dann sei sie wieder in die Hoffnung gekommen und habe ein ausgetragenes Kind geboren, das jedoch das erste Jahr nicht ganz gesund gewesen sei. Ein Hautausschlag sei nicht vorhanden gewesen. Mit der Geburt hörten Gelbsucht und Schmerzen auf (Februar 1893). Die Periode kehrte wieder, war regelmässig jedoch sehr stark und von langer Dauer (3 Wochen). Das soll 7 Monate gedauert haben. In ärztlicher Behandlung trat dann einige Besserung ein. Im Oktober 93 kehrten Gelbsucht und Schmerzen zurück und bestehen seitdem andauernd; auch sollen Schüttelfröste von Zeit zu Zeit aufgetreten sein, die meist Mittags kamen und 3—4 Stunden währten.

Patientin hatte mit 14 Jahren Cholera, im Anschluss daran Typhus, sonst will sie stets gesund gewesen sein. Vater starb an Typhus, Mutter wahrscheinlich an Tuberkulose, 4 Geschwister sind gesund.

Status praesens 26. II. 95.

Patientin zeigt mässigen Ernährungszustand, Muskulatur und Fettpolster von mässiger Entwicklung. Haut und Sclera stark icterisch verfärbt.

Zwerchfellstand r. ober. Rand der VI. R. hinten XI. Brustwirbel, Lungengrenzen wenig verschieblich, Spitzen frei, rechts vorne einige Ronchi, vorn links Atemgeräusch verschärft. Spitzenstoss im IV. I .C. R. innerhalb der Mamillarlinie, nach rechts keine Verbreiterung. 1. Herzton unrein, 2. Pulmonalt. verstärkt. Abdomen aufgetrieben, besonders das rechte Hypochondrium, die unteren Partien geben gedämpften

Schall, Leber ragt nach unten unter die Nabelhöhe, der Rand ist palpabel, Knoten und Einziehungen sind fühlbar. Milz ist bedeutend vergrössert 11 : 21. An der rechten Tibia eine Auftreibung.

Weiterer Verlauf.

Temperatur.

24. II. 24. II.

38,0 Puls. Respir. 35

38,5 96 28 111 $\frac{350}{1014}$ Eiweiss. Zucker.

38,7

$38,6^4$

$39,8^6$ Jodkali tgl. 2 Theelöffel bis auf weiteres.

$39,6^{10}$

25. II.

38,6 96 28 1111 $\frac{1100}{1013}$ E. Z.

$38,5^6$

$39,0^8$ Urin zeigt starke Reaktion auf Gallenfarbstoff,

$39,1^{10}$ Stühle dünnflüssig von weisslicher Farbe, Karls-

$39,0^{12}$ bader Wasser bis auf weiteres.

$39,4^2$

$38,8^4$

$39,1^6$

$39,0^{10}$

26. II.

$38,6^2$ $39,0^{10}$

$38,7^6$ 116 30 111 $\frac{800}{1013}$ E. Z.

$38,8^8$

$39,2^{10}$

$38,6^{12}$

$38{,}3^{2}$
$38{,}8^{4}$
$39{,}2^{6}$

27. II.
$38{,}8^{2}$
$37{,}4^{6}$ 90 28 111 $\frac{600}{1015}$ E. Z.
$37{,}1^{8}$
$37{,}3^{10}$
$37{,}6^{12}$ Nachts viele Schmerzen im Leib, wenig Schlaf.
$38{,}6^{2}$
$38{,}6^{4}$
$38{,}4^{6}$
$38{,}8^{10}$

28. II.
$38{,}7^{2}$ M. 96 38 111 $\frac{1050}{1015}$ E. Z.
$37{,}8^{6}$
$37{,}8^{12}$ Ab. 108 36
$38{,}5^{2}$
$39{,}5^{4}$
$38{,}8^{6}$
$39{,}0^{10}$

Schmerzen unverändert, wenig Schlaf. Heute Probepunktion, ergibt purulent-sanguinolent. Beschaffenheit. Rechts vorne von der V. Rippe an Perkussionsschall gedämpft. Herzfigur reicht nach r. fast bis zur Mitte des Sternums. Spitzenstoss leicht verbreitert. An der Herzspitze ein bedeutendes systol. Geräusch. 2. Pulmonalton nicht accentuiert. An den vorderen Lungenrändern, namentlich links ziemlich zahlreiche, mittelblasige trockne Bronchi, links vorne einige pfeifende Bronchi. Zunge feucht, mässig belegt.

1. III.	1. III.		
$38,3^{2}$	M. 108	24	
$38,4^{6}$	A. 117	36	$\frac{1000}{1013}$
$38,2^{8}$			
$38,7^{2}$			
$38,4^{4}$			
$39,2^{6}$			
$39,0^{10}$			

Am 1. III. ist das Abdomen sehr stark aufgetrieben, diese Schwellung ist am 2. III. Morgens bedeutend zurückgegangen.

H. R. U. pleurit. Reiben.

2. III.	2. III.	
$38,5^{2}$	108	36
$37,5^{6}$	112	36
$37,6^{8}$		
$37,4^{10}$		
$37,4^{12}$		
$38,3^{2}$		
$38,0^{4}$		
$38,8^{6}$		
$39,1^{10}$		
3. III.		
	108	36 transfertur ad stationem chirurg.

Die Diagnose war auf Cholelithias. Pericystit. suppurativa gestellt worden.

Chirurg. Station.

4. III.

Während Patientin am gestrigen Abend somnolent war, erscheint sie heute frischer. Puls 100, kräftig. Leib weniger meteoristisch, als Tags zuvor. Leber nicht durchfühlbar,

dagegen fühlt man in der Gegend der Punktionsstelle der Gallenblase entsprechend eine handtellergrosse Resistenz, die ziemlich empfindlich ist. Mässiger Ascites, Milz hochgradig vergrössert.

Operation. Laparotomie. Schrägschnitt am r. unteren Rippenrand. Nach Eröffnung der Bauchhöhle eine mässige Menge stark icterisch verfärbter Ascitesflüssigkeit. Die Leber und eine mit ihr in Verbindung stehende cystische Geschwulst liegt frei vor. Die Geschwulst ist nach unten mit dem Netz und den Darmschlingen allenthalben verwachsen und geht nach oben ohne scharfe Grenze in die anscheinend normale Leber über. Deutliche Fluctuation. Auch an der Oberfläche der Cyste einige prominente Knötchen. Die frei vorliegende Oberfläche der Cyste über handgross; von der normalen Gallenblase ist nichts mehr zu erkennen. Es wird das Peritoneum viscerale an die äussere Haut genäht, sodann ringsum das Peritoneum der Leber mit dem Periton. parietale vernäht. Eine Probepunktion ergab dicken, mit Flocken vermischten, grasgrün verfärbten Eiter.

4. III.
37,6
37,4 Patientin erholt sich anfänglich wieder. Puls
37,3 leidlich.
37,2
37,0

5. III.
37,7
38,2 Patientin verfällt, Puls unregelmässig.
37,9
38,5
11 h. Exit. letal.

Die 9¾ Stunden nach dem Tode vorgenommene Autopsie ergab folgendes.

Ziemlich abgemagerter, weiblicher Körper von schlechtem Ernährungszustand, Haut intensiv icterisch, Pupillen mittelweit. Mammae atrophisch, Unterleib stark aufgetrieben. Am rechten Rippenbogenrand nach innen und nach unten verlaufend eine Schnittwunde von 2—3 cm Breite, 11 cm Länge. Ränder ziemlich glatt, Grund mit schmutzigen, schwärzlichen Massen bedeckt. Die rechte untere Extremität über dem Knöchel leicht ödematös. Bei Eröffnung der Bauchhöhle entleert sich eine mässige Menge schwärzlichgrauen, dickflüssigen Eiters. Aeussere Genitalien ohne Abweichung. Muskulatur blass, wenig kräftig. Zwerchfellstand links V. I. C. R., rechts ebenso. Leber überragt den Schwertfortsatz 5 Finger breit. Gedärme durch Gase stark ausgedehnt. Peritoneum blass. Gedärme blassrötlich verfärbt. Magen liegt handtellergross vor. In dem kleinen Becken etwas gelblich-trübes Serum. Herzbeutel liegt über handtellergross vor. L. Lunge stark retrahiert, im Pleurasack eine schmutzig-braunrote, stark mit Blut gemischte Flüssigkeit. L. Lunge mit dem Herzbeutel etwas verlötet. In der r. Pleura auch etwas seröse Flüssigkeit, r. Lunge mit dem Herzbeutel ebenfalls leicht verlötet. Im Herzbeutel findet sich auch eine mit Blut gemischte seröse Flüssigkeit. Die Fläche des Herzbeutels ist mit rötlichen, fibrinösen, teilweise zottigen Auflagerungen bedeckt.

L. Lunge von ziemlichem Volumen, Unterlappen etwas collabiert mit vermehrter Consistenz. Pleura teilweise stark sammetartig getrübt, stark gerötet und mit rötlich grauen Auflagerungen bedeckt. Oberlappen ödematös, Blutgehalt verringert, Unterlappen ist blutreicher, teilweise in beginnender Atelectase. In den grossen Bronchien findet sich ein

schaumig-blutiger Inhalt, Lungenarterienäste leer. Intima deutlich icterisch verfärbt. Gewicht 830 g. R. Lunge voluminöser, durch die Pleura sieht man schiefrige Zeichnung. Ueber dem Unterlappen ein fibrinöser Belag, im Oberlappen Luftgehalt vermindert, Blutgehalt gering, Farbe blass, Mittellappen ähnlich, Unterlappen etwas blutreicher, ödematös, geringer Luftgehalt, sonst ähnlich wie links. Gewicht 900 g.

Im Magen bedeutende Mengen Inhaltes aus Speiseresten bestehend von schmutzig-rötlicher Farbe. Schleimhaut blass, mit Flocken bedeckt. Magen stark ausgedehnt. Pylorus durchgängig. Duodenum erweitert, Schleimhaut saftig-glänzend. Bei Druck auf die Gallenblase entleert sich auf der Papille des Duct. choledoch. kein galliger Inhalt. Mesenterium ziemlich fettreich, unterer Teil des Ileums und der ganze Dickdarm in ziemlich beträchtlicher Weise mit einem hellgrauen, lehmartigen, breiigen Kot gefüllt. Schleimhaut ist etwas succulent, im allgemeinen sehr blass, vollkommen glatt, Lymphapparate nicht geschwellt.

Gallenblase stark erweitert, Wandung verdickt, dunkelschwärzlich-grüne Galle, gemischt mit mehreren grossen facettierten Steinen (circa 12 Stück). Schleimhaut grünlich verfärbt, glatt. Der untere Rand des rechten Leberlappens am Fundus der Blase zeigt die Kapsel milchig getrübt. An einer Stelle findet sich eine Oeffnung, aus der sich ein dunkelgrüner, galliger Eiter entleert. Beim Einschneiden gelangt man in eine kleine Höhle, die zum Teil das Lebergewebe zerstört hat. Die Wandung ist grünlich-schwarz, zunderartig. Das Lebergewebe ist nach aussen zu induriert, mit kleinen Knötchen durchsetzt. Am Uebergang des Halses der Blase in den Duct. cystic. findet sich ein grösserer Stein stark eingekeilt. Bei Sondierung des Duct. choled. erweist sich derselbe als über daumendick erweitert, er bildet eine

blasige Cyste. Die Mündung in den Darm ist stark verengt, fast verschlossen durch eine schwielige Verdickung des Pancreaskopfes. Die Leber ist bedeutend vergrössert, von olivengrüner Farbe, Schnittfläche blutleer, glatt. Beim Darüberstreifen erhält man einen grünlichen Saft. Zeichnung deutlich sichtbar.

Herz von gehörigem Umfang. Das Epicard zeigt eine frische fibrinöse Entzündung. Aortenklappen schlussfähig. Im r. Ventrikel wenig Inhalt, Höhle etwas erweitert. Muskulatur sehr blass, mit einer leicht grünlichen Verfärbung. R. Vorhof ohne Abweichung. Wandung ziemlich kräftig. L. Ventrikel fast leer; Höhle von geringem Umfang. Klappen stark icterisch. L. Vorhof ohne Abweichung. Gewicht 330 g.

Masse des Herzens

Links		Rechts	
Ventrikelhöhe	9,5	Ventrikelhöhe	8,5
Ventrikeldicke	1,3	Ventrikeldicke	0,5
Aortenumfang	7,2	Pulmonalumf.	8,5

Die Milz ist bedeutend vergrössert. Länge 22,0, Breite 13,5. Die Kapsel an einzelnen Stellen etwas getrübt, Gewebe schlaff, welk, blutarm, Stich ins Gelbliche, Blutgehalt sehr gering. G. 460 g.

Linke Niere vergrössert, Kapsel leicht abziehbar, Oberfläche geschwellt, Rinde und Mark deutlich geschieden. Saftgehalt bedeutend vermehrt. Rechte Niere ebenfalls vergrössert, Kapsel sehr leicht abziehbar, bei beiden Nieren Parenchym deutlich icterisch verfärbt. L. u. r. N. 460 g.

Uterus ziemlich gross, Muskelwandung weich, gallig imbibiert, Schleimhaut fast vollkommen glatt, der Grund von einzelnen ganz kleinen Cysten durchsetzt. Beide Ovarien auffallend gross, enthalten mehrere Corpora fibrosa und vereinzelte kleine Serumcystchen.

Mikroskopischer Befund.

Die Schnitte wurden angelegt aus dem untersten Teil des Duct. choled. kurz vor seiner Einmündung in die Papille des Duodenums, und zwar wurden diese quer durch den Ductus gelegt. Dieselben zeigen nun mikroskopisch anstatt des einfachen Ausführungsganges ein System von unregelmässig durcheinandergeführten Epithelialschläuchen; dieselben besitzen durchweg ein hohes cylindrisches Epithel mit basal gestellten bläschenförmigen Kernen. An vielen Stellen aber wird dieser epitheliale Belag mehrzeilig, sodass man zwei oder mehr Reihen von Epithelien über einander unterscheiden kann, die dementsprechend gegenseitig etwas abgeplattet und polygonal gestaltet sind. An diesen Stellen ist die Basalmembran der epithelialen Schläuche durchbrochen und man kann dann grössere und kleinere Gruppen, zuweilen schlauch- und netzartige Verbände von unregelmässig polygonalen Epithelien frei im interstitiellen Gewebe sehen. Was nun das letztere anbetrifft, so besteht es zunächst aus einem sehr kernreichen und von vielfachen Rundzellenanhäufungen durchsetzten faserigen Bindegewebe, sowie aus sehr zahlreichen glatten Muskelfasern. Dieselben sind offenbar in einer lebhaften Proliferation. Die Kerne derselben sind gross und hell, die spindelförmigen Zellen auffallend lang.

Es handelt sich diesem Befund nach also um ein destruierendes Adenom mit Uebergang in Adenocarcinom. Während im allgemeinen die Zellreihen der Epithelschläuche regelmässig und einzeilig sind, ist an manchen Stellen die Proliferation offenbar senkrecht zur Längsaxe des Lumens vor sich gegangen, wodurch eine Anzahl von Epithel aus dem Verbande der übrigen herausgedrängt und die Basalmembran durchbrochen wurde. Vereinzelt sieht man schon vollkommene solide epitheliale Zapfen und Nester. Bis zu einem gewissen

Grade scheint die Neubildung noch funktionsfähig, das aus dem einfachen Epithelrohr hervorgegangene Kanalsystem für das Gallensekret wegsam gewesen zu sein. Offenbar war jedoch der dabei zu überwindende Widerstand ein ganz beträchtlicher, wie aus der hochgradigen Hypertrophie der muskulären Elemente hervorzugehen scheint.

Anatom. Diagnose.

Leberabscess, apfelgross im rechten Leberlappen dicht oberhalb der Gallenblase, Verschluss des Duct. chol. dicht an der Mündung durch ein Adenocarcinom. Empyem der Gallenblase, beiderseitige sero-fibrinöse und hämorrhag. Pleuritis und hämorrhagisch-fibrinöse Pericarditis. Allgemeiner Icterus.

Epicrise.

Der eben beschriebene Krankheitsfall bietet, mit den vorausgehenden verglichen, einige interessante Differenzen.

Die Annahme des ätiologischen Zusammenhangs zwischen Cholelithiasis und Carcinombildung findet hier eine Bestätigung. Doch dürfte dieses ätiologische Moment für die malignen Neoplasmen der Leber und Gallenblase mehr Berechtigung haben als für die Geschwülste der Gallenwege. Denn unter den bis jetzt bekannten 26 Fällen (die von Key und Reboul beschriebenen Fälle müssen wegen fehlender Details ausser Rechnung gelassen werden) findet sich 3mal Cholelithiasis erwähnt. Die „weichen Bröckel“, die Durand-Fardel in seinem Bericht als bemerkenswert anführt, dürfen wohl nicht als Gallensteine, sondern eher als zerfallene Carcinommassen angesehen werden. Wenn nun auch der negative Befund bei der Autopsie nicht als Beleg gegen das frühere Bestehen der schädlichen Einflüsse in vivo angesehen werden darf, so ist doch das thatsächliche Verhältnis 3 : 23 immer noch zu gering, um einen allgemeinen, beweiskräftigen Schluss rechfertigen zu können.

Hiebei widerlegt sich auch die schon früher zurückgewiesene These, dass Frauen infolge der bei ihnen häufigeren Cholelithiasis zur Erkrankung an Carcinose der Gallenwege mehr disponiert seien als Männer. Es finden sich unter den 24 Fällen (bei Key, Reboul, Fränkel und einem von Birch-Hirschfeld mitgeteilten Falle fehlt die Angabe des Geschlechts) 5 Frauen und dabei einmal Cholelithiasis erwähnt.

Von grosser Wichtigkeit ist die Frage nach dem Alter der Patienten. Wie bei der Carcinose anderer Organe lässt sich auch bei den malignen Tumoren der Gallenwege die früher angesetzte Altersgrenze nicht mehr voll einhalten. Nach Schüppel wird der primäre Krebs der Gallenwege vorzugsweise bei solchen Individuen beobachtet, welche das 50. Lebensjahr bereits überschritten haben. Eine Zusammenstellung der verschiedenen Altersstufen ergibt folgende Zahlen, 78, 71, 69, 68, 67 (2), 66 (2), 64, 62 (2), 61, 60 (2), 57, 49 (3), 47, 43, 36 (2), 29.

Was die Diagnose betrifft, so lag es in unserem Falle am nächsten, an Cholelithiasis zu denken. Die anamnestischen Angaben erwiesen ja das frühere Auftreten von Gallensteinkoliken; das sich kontinuierlich auf der Höhe haltende Fieber, verbunden mit Schmerzgefühl an circumscripter Stelle, die hochgradige Schwellung der Milz wiesen dann unzweideutig auf die Annahme einer suppurativen Entzündung des pericystitischen Gewebes hin. Die carcinomatöse Natur des Leidens war dagegen so ziemlich ausser Rechnung gestellt durch das Alter der Patientin und ihren relativ guten Ernährungszustand. Woher die Entzündung ihren infektiösen Stoff bezog, ob aus zerfallenen Carcinommassen oder durch rückläufige Intoxication vom Darme aus, muss dahingestellt bleiben. Dass der maligne Tumor nicht fühlbar war, ist bei seiner Kleinheit leicht erklärlich und noch verständ-

licher, wenn man die Erschwerung der Palpation durch den aufgetriebenen Leib und das Bestehen eines Ascites in Rechnung zieht. Ueberhaupt weist bei dieser Art von Erkrankungen die palpatorische Untersuchung wenig für die Diagnose absolut sicheres auf. Einmal ist es schon die oben erwähnte geringe Ausdehnung des Neoplasmas, die Schwierigkeiten macht, sodann geben die topographischen Verhältnisse zu vielen diagnostischen Täuschungen Anlass. In einigen Fällen wurde die hydropisch ausgedehnte Gallenblase für den malignen Tumor gehalten. In Fall 3 war der carcinomatöse Duct. choled. von dem in gleicher Weise afficierten Pancreaskopf so überdeckt und komprimiert, dass eine genaue Orientierung unmöglich war. Den interessantesten Fall in dieser Beziehung teilt Dieckmann mit, wo die prall gespannte Gallenblase als Echinococcuscyste punktiert wurde und nur das Fehlen der spezifischen Echinococcuselemente gegen die Annahme sprach (was letzteres ja nicht strikte beweisend ist), während die Anamnese wie auch der objektive sonstige Untersuchungsbefund wie die subjektiven Symptome seitens des Patienten die Diagnose sicherten.

Der Effekt aller Erwägungen wird nur eine Wahrscheinlichkeitsdiagnose sein können; aber bei jeder Erkrankung der Gallenorgane muss der schwere Icterus und die stetig fortschreitende Cachexie den Verdacht auf einen malignen Tumor lenken. Andere Symptome sind zu wenig konstant, als dass sie bedeutenden Wert beanspruchen könnten. Eiweiss wird im Fall 12, 16, 17, 24, 28 erwähnt, aber nie in bedeutender Menge. Ascites findet sich bei Fall 18, 21, 25, 26. Fieber wird ziemlich häufig angegeben (Fall 2, 4, 9, 22, 25, 27). Einer Schwellung der Milz begegnen wir nur in Fall 13, 16 (hier mit Schwellung der Inguinaldrüsen (17, 26 und des

Verfassers Fall. Hier wurde auch noch die Ausscheidung von Zucker konstatiert, ebenso bei Fall 9.

Der Sitz der Geschwulst war 16mal der Duct. choled., 4mal die Bifurcation von Duct. hepat. und cystic., 6mal der Duct. hepat., 2mal sind allgemein als Sitz die „Gallengänge“ bezeichnet.

Wenn wir eine Unterscheidung im Auftreten der einzelnen Geschwulstformen machen, so überwiegt der Scirrhus in 10 Fällen (3mal Adenocarcinom), es folgt der Cylinderkrebs mit 6, der Zottenkrebs mit 2, das Medullarcarcinom mit 2 Fällen, 1mal wird ein tubulöses Epitheliom erwähnt, im übrigen finden wir die allgemeine Bezeichnung als „Carcinom“.

Von hohem Wert ist für die ärztlichen Dispositionen die Dauer der malignen Erkrankung. In dem von May berichteten und Fall 2 dauerte das Leiden 1 Jahr; in den übrigen Mitteilungen finden wir Differenzen von 2—8 Monaten.

Der Exitus letal. tritt entweder infolge der Cachexie oder durch Komplikationen ein. So finden wir in Fall 5 und 17 Pneumonie, in Fall 3 Pleuritis exsud. und Pericardit. exsudat, ebenso in Fall 22 und 24 exsudative Pericarditis. Auch in dem von mir beschriebenen Falle zeigte sich eine terminale serös-sanguinolente Entzündung der Pleura und des Pericards. Bei Fall 25 trat eine Perforativperitonitis ein. In Fall 6 bestand ausgedehnte Tuberkulosis pulmonum, in Fall 13 trat der Tod durch Lungenödem ein.

Zum Schlusse gestatte ich mir, meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Prof. Dr. Bauer für die gütige Ueberweisung des Falles, sowie den Herren Dr. May und Dr. Dürck für ihre freundliche Unterstützung meinen herzlichen Dank auszusprechen.

Litteratur.

Dieckmann, I.-D. München 1889.
Howald, I.-D. Bern 1890.
Niemeyer, I.-D. Würzburg 1888.
Brunswig, I.-D. Kiel 1893.
Hesper, I.-D. Bonn 1893.
Ziemssen, Hdbd. der spec. Path. und Therapie VIII. 1.
Ziegler, Ernst, spec. Pathol.
Münchener Med. Wochenschrift 1892. 33.
Archiv für klin. Medizin 1895. (Festschrift für Zenker.)